

Autonomie et dépendance chez le sujet âgé

D^r Dominique Somme, D^r Hayat Lahjibi-Paulet

Service de gériatrie - Pôle Urgences-Réseaux, hôpital Européen Georges-Pompidou, 75015 Paris

dominique.somme@egp.aphp.fr

Objectifs

- Évaluer le niveau d'autonomie et de dépendance du sujet âgé.
- Dépister les facteurs de risque de perte d'autonomie et argumenter les mesures préventives à mettre en œuvre.

DÉFINITIONS

Dépendance

La vision dominante actuelle de la dépendance des sujets âgés est d'origine médicale et envisage celle-ci de façon essentiellement négative et liée à l'incapacité.

C'est cette vision qui guide le législateur lorsque le terme de « dépendance » est explicité par la loi qui a institué en 1997 la prestation spécifique dépendance (PSD) – non remise en cause par celle du 20 juillet 2001 qui a créé l'allocation personnalisée d'autonomie APA. Sont considérées comme dépendantes « les personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière ».

Les notions d'actes essentiels et d'aide laissent une marge d'interprétation et ne délimitent pas les causes de l'état de dépendance.

Albert Memmi en donne en 1993 une définition plus relationnelle et liée à la condition humaine même (et non limitée au champ de la gérontologie) : « la dépendance est une relation contraignante plus ou moins acceptée, avec un être, un objet, un groupe ou une institution, réels ou idéels, et qui relève de la satisfaction d'un besoin ».

Autonomie

Contrairement à la prestation spécifique dépendance, la création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) par la loi du 20 juillet 2001 ne s'est pas accompagnée d'une définition « réglementaire » de l'autonomie. Dans ce texte, c'est le « degré de perte d'autonomie » qui est présenté comme devant être mesuré à l'aide d'un instrument réglementaire : la grille Autonomie gérontologie groupe iso ressources (AGGIR). Cette vision crée

une confusion entre les notions de dépendance et de perte d'autonomie. Dans son sens le plus courant et selon son étymologie, l'autonomie représente la capacité à se gouverner soi-même. Le dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement qui rendait compte en 1984 des travaux de la commission ministérielle de terminologie donne cette définition de l'autonomie : « la capacité et le droit d'une personne à choisir elle-même les règles de sa conduite, l'orientation de ses actes et les risques qu'elle est prête à courir ».

Ainsi, il est possible de comprendre que, dans le cadre des atteintes cognitives ou du jugement, il peut y avoir une certaine convergence entre dépendance et perte d'autonomie. En revanche, le plus souvent, la dépendance est vécue en pleine possession de son autonomie, ce qui dans le domaine de l'intervention auprès des personnes âgées doit être souligné.

MÉCANISMES PHYSIOPATHOLOGIQUES

Classification internationale du fonctionnement (CIF)

La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé est un document issu des travaux de l'organisation mondiale de la santé (OMS) en 2001. Ce document récent révisé en profondeur les concepts qui prévalaient jusque-là, notamment depuis la parution dans les années 1980 de la classification internationale des handicaps. Le concept de déficience n'est pas remis en cause et correspond à « toute

perte de substance ou altération d'une structure ou fonction physiologique, psychologique ou anatomique » (ces déficiences sont classifiées en fonctions organiques et systèmes anatomiques dans le schéma général).

La CIF (figure) remplace la notion d'incapacité qui prévalait dans les travaux des années 1980 par celle des limitations d'activité, où l'activité représente l'exécution d'une tâche ou d'une action : « les limitations d'activités sont les difficultés qu'un individu peut éprouver dans l'accomplissement de ses activités ». De même, la CIF remplace la notion de désavantage, souvent rapprochée du concept du handicap, par la notion de restriction de participation. « La présence d'une restriction de la participation se détermine en comparant la participation d'un individu à celle qu'on attend dans telle culture ou telle société d'un individu sans limitations d'activités ».

L'élément le plus novateur de la CIF réside dans l'intégration des facteurs contextuels (environnementaux et personnels) dans l'analyse de la situation, témoignant ainsi que la personne n'est pas « handicapée » par elle-même mais que c'est par l'interaction avec l'environnement qu'une situation peut être vécue de façon plus ou moins « handicapante ».

Exemples dans le grand âge

1. Déficiences

Elles peuvent survenir dans :

- le fonctionnement cognitif (conscience, orientation, mémoire, langage, praxies, etc.) ;
- le fonctionnement sensoriel (vue, audition, fonction vestibulaire, etc.) ;
- le fonctionnement de l'appareil locomoteur lié au mouvement (mouvement des articulations, puissance et tonus musculaire, etc.) ;
- le fonctionnement des appareils cardiovasculaire, respiratoire, digestif, urinaire, métabolique, cutané, hématopoïétique, immunitaire et endocrinien (pression artérielle, respiration, digestion, défécation, maintien du poids, etc.) ;
- et toute autre fonction du corps.

2. Quelques pathologies fréquentes

Ce sont, par exemple :

- les troubles cognitifs (pathologie neurodégénérative, maladie d'Alzheimer, etc.) entrant ou non dans l'évolution de maladie neurologique (maladie de Parkinson, accidents vasculaires cérébraux, etc.) et psychocognitifs (intrication fréquente de syndrome dépressif ou régressif avec des troubles cognitifs plus ou moins atypiques) ;
- les pathologies ostéo-articulaires (arthrose et ostéoporose avec fractures notamment) ;
- les intrications : la multimorbidité, la polymédication, les interactions médicamenteuses et les interactions maladie-médicaments ;
- les traumatismes.

3. Facteurs environnementaux

Ils s'apprécient, dans la CIF, sur une échelle allant de - 4 (obstacle total) à + 4 (facilitateur total) et concernent l'architecture, les aides techniques et les prothèses, les soutiens personnels, les attitudes ainsi que les systèmes d'aide aux personnes.

Les facteurs personnels peuvent être très divers en rapport avec les attentes, les désirs, les habitudes, les attitudes, la personnalité et le parcours de vie.

4. Domaines d'activité

- Ils s'apprécient, dans la CIF, par un code de capacité évaluant l'aptitude à réaliser une action (situation de test p. ex.) – et de participation – appréciés par un code de performance évaluant la réalisation effective d'une tâche en tenant compte de l'environnement :
- application des connaissances (regarder, écouter, résoudre des problèmes, etc.) ;
 - entreprendre des tâches simples et/ou multiples ;
 - communication (verbale et non verbale) ;
 - mobilité (marcher, soulever des objets, conduire, etc.) ;
 - entretien personnel (se laver, prendre soin de son corps, aller aux toilettes, s'habiller, manger, boire, etc.) ;
 - vie domestique (acheter, préparer les repas, faire le ménage, etc.) ;
 - relation avec les autres, vie communautaire, sociale et civique ;
 - autosuffisance économique.

QU'EST-CE QUI PEUT TOMBER À L'EXAMEN ?

S'il semble improbable qu'un dossier entier soit consacré à ce sujet, la question de la dépendance est transversale à tous les sujets qui pourraient avoir trait au traitement ou au diagnostic chez les personnes âgées.

Ce chapitre devra ainsi être pris en compte :
– au moment de l'analyse sémiologique de toute maladie (par exemple une artériopathie oblitérante des membres inférieurs a peu de chance d'être symptomatique à l'effort si le patient ne marche plus) ;
– au moment de l'analyse de l'étiologie de l'apparition de nouveaux symptômes

(par exemple l'apparition d'une dépendance chez le sujet peut entraîner l'interruption d'un traitement médicamenteux ayant pour conséquence un syndrome de sevrage) ;
– et au moment des décisions thérapeutiques (par exemple il faut s'intéresser aux modalités d'accès aux médicaments

lorsque l'on fait une prescription médicamenteuse chez un patient âgé dépendant). Une question spécifique relative aux modalités d'attribution de l'APA pourrait faire l'objet d'une dernière question dans un dossier gériatrique. Il faudrait alors pouvoir décrire l'outil d'attribution AGGIR en quelques mots, savoir qu'il existe une modalité de regroupement en 6 groupes iso-ressources et que les groupes 1 à 4 sont éligibles à cette prestation en nature.

ÉVALUER LE NIVEAU D'AUTONOMIE ET DE DÉPENDANCE DU SUJET ÂGÉ

Objectif de l'évaluation

Il existe différents objectifs d'évaluation du niveau d'autonomie et de dépendance du sujet âgé. Le premier qui s'impose au clinicien est celui d'apprécier finement le retentissement des déficiences et maladies (en interaction avec l'environnement) sur le niveau de participation afin d'aider au mieux la personne. L'autre objectif du clinicien, accolé à ce premier objectif, a trait à la transmission d'information et de langage commun conduisant à une meilleure coordination des soins et services.

Le deuxième type d'objectif consiste à obtenir des indicateurs d'activité. Il concerne un groupe d'individus et permet de caractériser le niveau moyen requis d'intervention et ses implications financières, donc de faire de la gestion et de négocier. Il est classique d'avoir des objectifs de planification au niveau territorial des services et des soins destinés aux personnes âgées. Enfin, le dernier type d'objectif est de parvenir, à un niveau collectif, à suivre au fil du temps l'apparition ou l'évolution du niveau d'autonomie et/ou de dépendance d'une population en fonction des interventions préventives ou curatives mises en œuvre et d'obtenir des données relatives à la recherche épidémiologique. Si, d'une grille correctement établie dans un objectif clinique pour réaliser un plan de soins et de services cohérents, prenant en compte la globalité des besoins de la personne, on peut tirer a priori l'ensemble des informations pour les différents objectifs, l'inverse n'est pas vrai.

Un rapport récent de l'Inspection générale de l'action sociale (IGAS) définit ainsi le champ de l'évaluation : « Il s'agit essentiellement d'attribuer une valeur (...), [qui soit] préalable, concomitante ou postérieure à une décision. Dans notre cas, l'évaluation se situe en amont du jugement (sur les besoins de compensation), et de la décision administrative (attribution de la prestation...) ». Il convient donc de souligner ce qu'il y a d'humainement sensible et de délicat dans ce jugement porté sur

à retenir

POINTS FORTS

- La dépendance a une définition inscrite dans la loi, ce qui n'est pas le cas de l'autonomie.
- La compréhension des mécanismes conduisant à la dépendance voire à la perte d'autonomie fait appel à la classification internationale du fonctionnement de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui met notamment en exergue le rôle de l'environnement au sens large dans les mécanismes conduisant à une réduction de la participation (handicap).
- L'évaluation de la dépendance devrait avoir recours à des outils fiables, valides et applicables. L'outil actuel réglementaire (la grille AGGIR), qu'il faut connaître, ne remplit cependant pas ces conditions.
- La grille AGGIR comporte 10 items discriminants qui permettent de classer les personnes âgées en 6 groupes iso ressources (GIR). Cette échelle sert à l'attribution de l'Allocation personnalisée pour l'autonomie (APA).
- Les facteurs de risque de la dépendance sont en rapport avec le concept de fragilité et s'analysent dans le cadre de la classification internationale du fonctionnement dans toutes ses dimensions : biologiques, cliniques, psychocognitives et sociales.

(v. **MINI TEST DE LECTURE**, p. 796)

autrui, sur ses « déficiences » voire sur sa « perte d'autonomie » (capacité à se gouverner soi-même), ce d'autant qu'il s'agit essentiellement de « contrôler » la demande de la personne (ou de son entourage) à un niveau acceptable par le système d'aide. Si l'enjeu éthique trouve une réponse partielle dans la nécessité de rendre l'attribution des ressources rares la plus équitable possible, cela implique des outils d'évaluation de qualité.

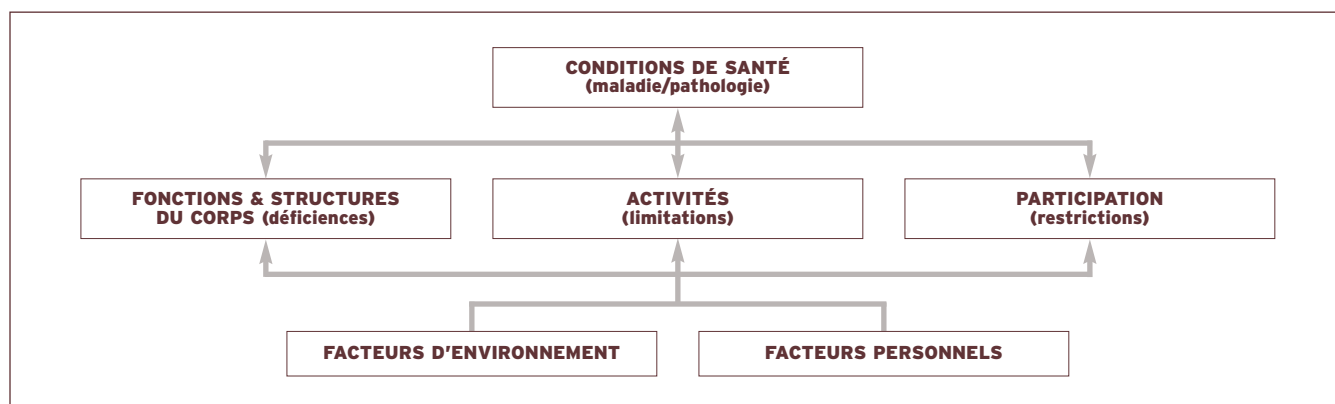


Figure Classification internationale du fonctionnement (Organisation mondiale de la santé).

Qualités attendues d'un outil d'évaluation

Les critères de qualité des outils d'évaluation de la dépendance et de la perte d'autonomie renvoient à la logique de la démarche qualité en général. Ainsi, les instruments de mesure doivent répondre aux critères de validité, de fiabilité et d'applicabilité.

✓ **Validité** : un indicateur est valide s'il mesure correctement ce qu'il est censé mesurer. La validité implique la pertinence des variables retenues, leur caractère discriminant et leur capacité à être renseigné de façon claire et univoque (validité interne). Elle suppose aussi la comparaison des résultats à ceux d'autres paramètres de référence lorsqu'ils existent (validité externe). En cas de regroupement des données d'évaluation, la validité doit également porter sur les algorithmes de regroupement.

✓ **Fiabilité** : un indicateur est fiable dans la mesure où les résultats produits sont reproductibles d'un observateur à l'autre (inter-juge) ou pour le même observateur à des moments différents sans évolution de situation (test-retest).

✓ **Applicabilité** : il s'agit d'apprécier la qualité du recueil des informations de base. Cela exige une bonne adhésion des producteurs de données (enquêteur et personne âgée), et la définition minutieuse des modalités de recueil d'information (observation, téléphone, etc.) et des qualifications requises pour l'évaluation.

Outils à connaître

Il est illusoire de vouloir donner la liste exhaustive des outils d'évaluation de la dépendance (il en existe plusieurs centaines). Nous nous limiterons donc aux outils les plus utilisés.

1. Échelle ADL de Katz (1963)

C'est une des échelles les plus anciennes et les plus utilisées pour évaluer l'autonomie pour les actes essentiels de la vie, aussi appelés activités de la vie quotidienne (soit *Activity of daily living* en anglais).

Six dimensions permettent d'évaluer l'indépendance du sujet : 1) « faire sa toilette » ; 2) « s'habiller » ; 3) « aller aux toilettes et les utiliser » ; 4) « se coucher ou quitter son lit, s'asseoir ou quitter son siège » ; 5) « contrôler ses selles et ses urines » ; 6) « manger des aliments déjà préparés ».

Katz s'appuyait sur la constatation d'une progression non aléatoire de la dépendance pour sa cotation en 8 groupes (il ne s'agit pas d'un score).

- A : indépendant pour les 6 activités ;
- B : dépendant pour une seule des 6 activités ;
- C : dépendant pour 2 activités dont « faire sa toilette » ;
- D : dépendant pour 3 activités dont les 2 premières ;
- E : dépendant pour 4 activités dont les 3 premières ;
- F : dépendant pour 5 activités dont les 4 premières ;
- G : dépendant pour les 6 activités ;
- H : dépendant pour au moins 2 activités sans être classable en C, D, E ou F. Par la suite, de nombreuses méthodes de notation, y compris avec score, ont été utilisées sans toujours prendre la peine de s'assurer de leur validité.

2. Échelle IADL de Lawton (1969)

Partant des constats que l'échelle ADL, construite pour l'évaluation de personnes en établissement (d'hébergement ou de rééducation) était insuffisante pour mesurer la dépendance à domicile, Lawton et al. ont développé une échelle de mesure des activités complexes domestiques, appelées « activités instrumentales de la vie quotidienne » (soit *Instrumental activity of daily living* en anglais). L'instrument présente 8 dimensions : utilisation du téléphone ; capacité à faire les courses ; préparer les repas ; faire le ménage et la lessive ; utiliser les moyens de transport ; prendre ses médicaments et être capable de gérer ses finances. C'est de façon qualitative que l'information est la plus intéressante (quel type d'aide est nécessaire pour accomplir cette tâche ?). Là encore, de nombreuses méthodes de cotation ont été produites sans qu'aucun consensus ne se fasse réellement jour.

3. Grille nationale AGGIR

La grille AGGIR a été retenue comme grille nationale d'évaluation de la dépendance depuis la loi du 24 janvier 1997 instaurant la prestation spécifique dépendance, puis par la loi mettant en place l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA). Dans ce cadre, elle est employée au premier chef comme un outil d'ouverture du droit à allocation : en effet, une partie des variables est utilisée pour procéder au classement de chaque individu dans un groupe dit « iso ressources », le GIR, sachant que l'attribution de l'APA est conditionnée à l'appartenance aux GIR 1 à 4.

L'outil comporte 10 variables dites discriminantes (cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination, transferts, déplacements à l'intérieur, déplacements à l'extérieur, communication à distance). Sept variables dites « illustratives » complètent l'outil (gestion, cuisine, ménage, achats, transports, suivi du traitement, loisirs). Seules les 10 premières variables dites « discriminantes » ont une importance en termes d'attribution de moyens et donc interviennent dans le classement en GIR.

Chaque variable possède trois modalités :

- A : fait seul, totalement, habituellement et correctement ;
- B : fait partiellement, ou non habituellement ou non correctement ;
- C : ne fait pas.

« Habituellement » est la référence au temps. « Correctement » est la référence à l'environnement conforme aux usages.

La notion « seul » correspond à « fait spontanément seul ». Elle suppose qu'il n'est besoin ni d'incitation ni de stimulation de la part d'un tiers. Un algorithme a permis de classer les personnes selon des profils de perte d'autonomie significativement proches. En prenant des indicateurs multiples de consommation de ressources, il a été possible de regrouper certains profils, obtenant alors six groupes consommant un niveau de ressources significativement proche de soins de base et relationnels (groupes iso ressources ou GIR ; v. encadré). Ceux-ci sont obtenus uniquement grâce à un logiciel, en fonction des valeurs A, B ou C données à chacune des variables. La description faite dans l'encadré n'a toutefois pas vocation à décrire tous les profils possibles des personnes d'un groupe donné. Par exemple, contrairement

à ce qu'elle indique, il suffit d'avoir « C » aux deux variables toilette et habillage pour être classé en GIR 3.

Ce système d'évaluation de la dépendance a donné lieu à de nombreux commentaires et prises de positions. Un récent rapport de du Comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie remis en janvier 2003 synthétise ainsi ces travaux :

- la validité et la reproductibilité sont sujettes à caution avec des données divergentes selon les études ;
- les troubles cognitifs sont mal pris en compte ;
- l'analyse de l'environnement comme élément facilitateur ou obstacle à la participation est défailante ;
- il n'y a pas de corrélation systématique entre un niveau de GIR et le besoin d'aide, tant en nature qu'en intensité ;
- les groupes ne sont pas forcément discriminants (le GIR 4 regrouperait 48 % des personnes aidées à domicile) ;
- les travaux de validation ont été insuffisants ;
- le lien entre groupe GIR et plan d'aide est problématique.

En conclusion, le rapport estime qu'« en attribuant à chaque personne une position sur une échelle à 6 niveaux, AGGIR n'est qu'un indicateur commode pour résumer simplement une situation complexe. La mise en groupe GIR ne peut donc être assimilée à une évaluation multidimensionnelle... Dans ce cadre d'évaluation globale, l'indicateur AGGIR joue le rôle d'instrument d'éligibilité à la prestation APA. Il est donc logique qu'il s'insère dans l'évaluation multidimensionnelle mais il ne peut à lui tout seul permettre d'élaborer un plan d'aide ».

D'autres outils de mesure de la dépendance valide, fiable et applicable ont été mis en œuvre à l'étranger en respectant une vision globale de l'évaluation. Citons notamment l'outil réalisé en langue française, SMAF pour Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle, utilisé au Québec pour toute évaluation des besoins d'intervention dans le cadre du maintien à domicile ou de l'entrée en institution.

DÉPISTER LES FACTEURS DE RISQUE DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Dépister les facteurs de risques de la perte d'autonomie revient à se poser la question de la fragilité des personnes âgées.

La fragilité est un état de susceptibilité à l'agression qui explique que, pour un événement de santé identique, malgré une prise en charge identique et un état de santé apparent suffisamment proche, des individus auront des devenir très différents. Les définitions sont cependant nombreuses et non consensuelles actuellement. Quelle que soit la définition retenue, des points communs peuvent être repérés : la fragilité est un état continu qui n'est donc pas seulement présent ou absent ; ce n'est pas la conséquence de l'atteinte d'un seul organe, les manifestations cliniques en sont donc multiples. Elle est repérable cliniquement, le seuil de repérage clinique étant considéré comme le seuil d'entrée dans la fragilité, la survenue de l'événement négatif marquant la fin de la fragilité vis-à-vis de ce facteur (perte d'autonomie p. ex.). Les scores de dépistage les plus utilisés sont ceux qui font référence à la diminution des réserves physiologiques avec comme événement central de la fragilité le développement de la sarcopénie.

Ce type de définition a montré son efficacité pour prédire la survenue de la perte d'autonomie, de l'entrée en institution et du décès dans une cohorte de patients atteints de pathologies cardiovasculaires, non handicapés initialement et suivis durant un an. Selon cette approche de la fragilité, il faut avoir au moins 3 critères parmi les suivants pour être qualifié de « fragile » : diminution de la force de préhension de la main dominante, sentiment de fatigue/épuisement, diminution de la vitesse de marche et perte de poids non intentionnelle, chacun des éléments étant évalué selon des critères précis.

Ce type de définition exclut de façon conceptuelle les dimensions cognitive, sociofamiliale et psychologique de la fragilité. Pour prendre en compte ces dimensions, deux types de solutions sont

CLASSIFICATION EN 6 GROUPES ISO RESSOURCES (GIR) SELON LA GRILLE AGGIR

GIR 1 : personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées, chez qui une présence continue d'intervenants est nécessaire.

GIR 2 : 2 groupes de personnes âgées :
→ celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état de santé nécessite une aide pour la plupart des activités de la vie courante ;

→ celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer (souvent dénommées les « déments déambulants »).

GIR 3 : personnes âgées ayant conservé leurs fonctions intellectuelles, partiellement leur capacité de se déplacer mais qui, plusieurs fois par jour, ont besoin des aides pour leur autonomie corporelle. De plus, la majorité de ces personnes n'assurent pas seules l'hygiène de l'élimination tant anale qu'urinaire.

GIR 4 : il comprend essentiellement 2 groupes de personnes :

→ celles qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. La plupart d'entre elles s'alimentent seules ;

→ celles qui n'ont pas de problèmes pour se déplacer mais qu'il faut aider pour les activités corporelles ainsi que les repas ;

GIR 5 : les personnes qui assurent seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles ont besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

GIR 6 : les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

proposés : un inventaire des situations à risque qui peut devenir extrêmement complexe (jusqu'à plus de 70 situations différentes à repérer) ou un jugement clinique global en 7 groupes distincts (de 1, très robuste, à 7, extrêmement fragile), après concertation interdisciplinaire. La pertinence de cette classification pour prédire l'apparition de la perte d'autonomie, voire le décès, a été récemment validée.

ARGUMENTER LES MESURES PRÉVENTIVES À METTRE EN ŒUVRE FACE À CES FACTEURS DE RISQUE

Les mesures préventives de la perte d'autonomie se comprennent en regardant le schéma de production de la restriction d'activité.

Concernant les maladies, il s'agit des mesures de prévention primaire, secondaire et tertiaire de chacune d'entre elles. Concernant la déficience et notamment la sarcopénie, il est évident que la prévention du vieillissement pathologique est la clef de voûte de toute intervention. Ainsi, les actions portant sur un renforcement de l'exercice physique régulier, adapté aux aptitudes et au désir des personnes âgées sont importantes ; de même pour les interventions visant à améliorer le statut nutritionnel.

Concernant les facteurs environnementaux et personnels, il est admis que des actions visant à améliorer la socialisation des personnes âgées sont susceptibles de prévenir la perte d'autonomie. ■

Pour en savoir plus



► **Troubles affectifs du sujet âgé**
Monographie
(Rev Prat 2004;54[7]:715-52)

► **Maladie d'Alzheimer**
Monographie
(Rev Prat 2005;55[17]:1867-922)

MINI TEST DE LECTURE

A / VRAI ou FAUX ?

- 1 La dépendance et la perte d'autonomie sont deux façons d'exprimer la même chose.
- 2 La dépendance fait référence à la perte de l'aptitude à se gouverner soi-même.
- 3 La dépendance a fait l'objet d'une définition réglementaire inscrite dans la loi.

B / VRAI ou FAUX ?

- 1 La déficience est une limitation d'activité qu'un individu peut éprouver.
- 2 La notion d'incapacité a été remplacée dans la classification internationale du fonctionnement par celle de limitation d'activité.
- 3 L'environnement et les attitudes des personnes contribuent directement à la production des restrictions d'activité.
- 4 Les déficiences sont les seuls éléments qui produisent les restrictions d'activité ; l'environnement et les attitudes interviennent une fois la restriction installée.

C / QCM

Parmi les éléments suivants, quels sont ceux qui caractérisent la fragilité des sujets âgés ?

- 1 Il peut s'agir de la conséquence de l'atteinte d'un organe.
- 2 Les manifestations cliniques en sont multiples.
- 3 Il s'agit d'un état continu.
- 4 Il s'agit d'une réalité cliniquement décelable.
- 5 La reconnaissance de la fragilité nécessite une évaluation globale de la personne.

Réponses : A : F, F, V / B : F, V, V, F, F / C : 2, 3, 4, 5.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Précisions sur les doses de mannitol en cas d'engagement cérébral lors d'un traumatisme crânien

Dans la question des ECN intitulée *Évaluation de la gravité et recherche de complications précoces. 5^e partie : chez un polytraumatisé* (I-11-Q201 ; Rev Prat 2007;57[4]:441-52), il est fait état, à propos de la prescription de mannitol en cas d'engagement cérébral lors d'un traumatisme crânien, de doses de 0,25 à 1,4 g/kg. Or, en fait, les doses habituelles sont de 0,25 à 1 g/kg. L'utilisation de fortes doses (supérieures à 1,2 g/kg) doit être confirmée par d'autres études, la série qui a été utilisée pour la rédaction de cet article étant remise en cause (Roberts I, Smith R, Evans S. Doubts over head injury studies. BMJ 2007;334:392-4 – Voir aussi l'éditorial de ce numéro page 699).

Cette remarque vaut également pour les fortes doses indiquées dans l'article *Troubles graves de la vigilance* de la monographie *Débâcles vitales I* (Rev Prat 2006;56[7]:746-53).